Aus der Universitäts-Nervenklinik zu Breslau.
Stellvertr. Direktor: Dr. med. habil. W. Wagner.

Paranoide Bilder bei Encephalitis

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung des Doktorgrades
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Breslau

verfaßt und vorgelegt von

Assistenzarzt
HERBERT FRÜHAUF
aus Waldenburg/Schles.
im Februar 1939.

1 9 3 9

DISSERTATIONS-VERLAG G. H. NOLTE DÜSSELDORF

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Breslau.

1. Referent: Doz. Dr. Wagner
2. Referent: Prof. Dr. Foerster
Dekan: Prof. Dr. Gutzeit.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Die Erscheinungen der Encephalitis epidemica sind seit dem ersten beobachteten Fall im Jahre 1915, also erst seit verhältnismäßig kurzer Zeit bekannt, obwohl angenommen werden kann, daß auch in früheren Jahrhunderten die Krankheit aufgetreten ist. Da aber encephalitisfreie Intervalle von Jahrzehnten vorkommen, ist die Kenntnis der Krankheit immer wieder in Vergessenheit geraten. Nur so ist es erklärlich, daß die Krankheit bei ihrem Erscheinen im Jahre 1915 zuerst nicht richtig gedeutet wurde. Es ist jedoch wahrscheinlich, daß die Encephalitis schon im Altertum und Mittelalter beobachtet wurde.

Die kurze Zeitspanne, in der in neuerer Zeit die Encephalitis bekannt ist, macht es erklärlich, daß manche ihrer Erscheinungsformen und Folgezustände bisher seltener beobachtet wurden, zumal in der Folge einer Encephalitis Veränderungen der Psyche aufgetreten sind, die bisher als Folge von Gehirnerkrankungen kaum bekannt waren und zwischen akuter Krankheit und psychischen Erscheinungen mitunter Jahre vergangen sind, so daß oftmals ihr eigentlicher Ursprung nicht mehr bekannt ist und nur durch eine genaue Anamnese ermittelt werden kann.

Die akute Encephalitis epidemica selbst wird beim Auftreten außerhalb der Epidemiezeiten nicht immer richtig diagnostiziert, vor allem, wenn sie nicht unter typischen Erscheinungen verläuft oder es sich um abortive Fälle handelt. Als Schwierigkeit tritt die Mannigfaltigkeit der Symptome und Folgezustände hinzu, wenn auch in den Symptomen der Encephalitis und in ihren psychischen Erscheinungen eine gewisse Einheitlichkeit besteht. (Stern). Aus klinischem Interesse ist deshalb ein Zusammentragen auch der seltenen Erscheinungen und Folgezustände nötig, zumal bei den psychischen Veränderungen eine einheitliche Anschauung über Art, Entstehungsweise und hirnpathologische Lokalisation noch nicht vorhanden ist. Im Folgenden will ich zwei Bilder von paranoiden Erscheinungen nach Encephalitis epidemica beschreiben, die in der Breslauer Universitäts-Nervenklinik beobachtet worden sind.

Paranoide und paranoid-halluzinatorische Zustände sind in dem ersten Jahrzehnt nach Erkennung der Encephalitis kaum bekannt gewesen, in den letzten 10 Jahren sind solche Bilder jedoch häufiger beschrieben worden, trotzdem ist über diese Erscheinungen noch keine einheitliche Auffassung gebildet worden, wie ich schon oben andeutete. Die Zahl der beobachteten Fälle ist tatsächlich noch zu gering, um ein endgültiges Urteil zu gestatten. Die

immerhin bestehende Seltenheit paranoider Bilder nach Encephalitis kann leicht zu der Annahme führen, daß solche Erscheinungen nach Encephalitis kaum häufiger auftreten als in der Bevölkerung in ihrer Gesamtzahl. Eine entscheidende Antwort hierauf ist jedoch nicht zu geben, da die wirkliche Zahl der paranoiden Personen gar nicht erfaßbar ist, andererseits ein chronischer Encephalitiskranker meist unter dauernder Beobachtung steht und dabei seelische Veränderungen sofort auffallen, die normalerweise nicht besonders notiert werden. Als direkter Folgezustand der Encephalitis können daher nur solche Veränderungen gewertet werden, die einen Dauerzustand darstellen und nicht höchstens als symptomatische Erscheinung imponieren. Halsper fordert als Voraussetzung für die Anerkennung als encephalitische Psychose das Vorliegen der charakteristischen somatischen Symptome der chronischen Encephalitis, ein Umstand, der mir nicht immer die genügende Berücksichtigung zu finden scheint. Bei 1270 Encephalitikern beobachtete Steck 50 Kranke, die halluzinatorisch-paranoide Erscheinungen aufwiesen. Nur zwei Fälle jedoch bezeichnet er als chronische progrediente Encephalitis-Psychosen und von weiteren 6 Fällen stehen die entwickelten schizophrenen Bilder nur bei 3 Kranken in Zusammenhang mit der Encephalitis. Nach einer schwedischen Feststellung waren von 257 Erkrankten 81 Personen zwar psychisch verändert, eine lange dauernde Schädigung ist jedoch nur bei wenigen anzunehmen.

Es ist daher immer wieder die Frage erörtert worden, ob die psychischen Erscheinungen nach Encephalitis durch die pathologischen Veränderungen, die die Encephalitis gesetzt hat, zu erklären sind, oder ob eine konstitutionelle Disposition als Grundlage vorhanden sein muß und die Encephalitis evtl. nur als auslösender Faktor in Frage kommt. Wir wissen, daß auch der eigenartigste Charakter unter dem verwickeltsten und schwersten Schicksal ohne paranoide Veranlagung nicht paranoid erkrankt. Nach J. Lange verträgt sich die Annahme einer besonderen paranoiden Bereitschaft auch mit der Möglichkeit, daß sie gelegentlich durch Krankheitsprozesse, wie sie organische Hirnprozesse darstellen, geschaffen wird. Als solcher Hirnprozeß ist u. a. die Encephalitis zu nennen. — Eine endgültige Klärung der Frage „psychopathische Veranlagung und Encephalitisfolgen" hat sich noch nicht ergeben, doch scheint die Mehrzahl der Autoren zu einer Ablehnung eines Zusammenhanges zu neigen. Löffler kam 1924 zu dem Schluß, daß bei den psychischen Veränderungen bei Encephalitis eine konstitutionelle Disposition bei dem Kranken vorhanden sein muß. Er stellte an seinem Krankengut fest, daß 65% der Erkrankten Zeichen eines labilen Nervensystems aufwiesen und daß bei 87% eine Belastung in der Ascendenz festzustellen war. Er blieb nicht unwidersprochen. Stern lehnte überhaupt einen Zusammenhang zwischen Encephalitis und neuropathischer Konstitution ab. Auch Fleck stellte in seinen erbbiologischen Untersuchungen fest, daß

eine Belastung mit psychopathie-ähnlichen Zügen nicht zur Encephalitis disponiere, wohl aber ihre psychischen Folgeerscheinungen accentuieren könne. Hofstadt verneinte bereits 1923 für die psychischen Veränderungen der encephalitiskranken Kinder irgend eine psychopathische Anlage, da ja eine solche auch schon früher einmal aufgefallen wäre. Vizioli glaubt gleichfalls an keine erbliche Belastung. Er erklärt gerade die psychischen Folgen bei Kindern, die ja fast bei allen Erkrankten mehr oder weniger deutlich in Erscheinung treten, durch eine primäre Läsion der Hirnrinde durch eine anfängliche Lokalisation des encephalitischen Prozesses in diesen Hirnteilen. Die Einwirkung ist für die noch unreifen Zellelemente des kindlichen Hirns schädlicher als für das des Erwachsenen. Daher sind psychische Folgen bei Kindern häufiger und schwerer als bei Erwachsenen.

Bromberg, der bei 135 Encephalitikern 13 Kranke mit paranoiden Erscheinungen feststellte, kommt gleichfalls zu einer Ablehnung einer besonderen psychischen Anlage. Dretler's Untersuchungen über die Heredität der Kranken haben gezeigt, daß es keine psychopathische Heredität gibt, besonders auch nicht im Sinne einer paranoiden Heredität. Die Zahl der Schizophrenien in den Familien der beobachteten Kranken ist nicht größer als in denen von Gesunden. Der gleiche Verfasser berichtet sogar 3 Jahre später über drei Fälle, wo die akute Encephalitis eine Besserung einer bestehenden Schizophrenie eintreten ließ, und der im Folgenden aufgetretene Parkinsonismus eine schizophrene Persönlichkeitsveränderung zum Schwinden brachte. Aber auch in neuester Zeit haben sich doch vereinzelt Autoren in gewissem Sinne für eine psychische Konstitution bei den Folgezuständen der Encephalitis ausgesprochen. So nimmt Dickmeiss, allerdings bei den Psychosen manisch-depressiver Prägung, eine manisch-depressive Erbanlage an, die durch die Encephalitis ausgelöst wurde. Bellaritio konnte bei 6 beobachteten Fällen von Halluzinosen bei postencephalitischer Demenz drei psychopathisch belastete Personen finden. Adler glaubt, konstitutionelle Momente selbst für die Entstehung der Encephalitis annehmen zu können. Er schildert zwei Geschwisterpaare mit Parkinsonerscheinungen, deren akute Erkrankungen zeitliche und örtliche Distanz zeigte. Es fände ein endogen bedingter, aber durch exogene Infekte vorzeitig ausgelöster Abbau gewisser Hirnteile statt. W. Lange schiebt auf Grund zehnjähriger Beobachtung der erblichen Belastung bei den Charakterveränderungen besonders der Kinder eine Rolle zu. Wenn nun die Annahme einer besonderen psychischen Konstitution bei den seelischen Folgeerscheinungen, und besonders bei den paranoiden, nach Encephalitis abgelehnt wird, zu welchen Krankheiten und psychischen Defekten hat man nun diese Veränderungen in Beziehung gebracht und wie hat man sie gedeutet? — Ohne hier auf eine gewissermaßen geschichtliche Betrachtung dieser Frage eingehen zu wollen — dies ist an anderer Stelle schon in ausgie-

biger Weise getan worden — möchte ich doch durch einzelne Autoren die verschiedenen Seiten aufzeigen, von der die Frage angesehen worden ist.

Domarus, der mit als einer der ersten paranoide Persönlichkeitsveränderungen nach Encephalitis beschrieben hat, vergleicht die Erscheinungen mit denjenigen Erkrankungen, die gehirnexogen bedingt sind und bei denen, wie z. B. bei den alkoholischen oder Lueshalluzinosen, das pathogene exogene Agens lange genug auf das Hirn gewirkt hat. Vergleicht man die enzephalitische Halluzinose mit jenen Erkrankungen, so hat man außer der Übereinstimmung im Symptomenbild die Ähnlichkeit der Auslösung und des Gesamtverlaufs, da ja die Encephalitispsychosen auch nach längerer oder kürzerer Zeit wieder abklingen. Noch deutlicher drückt sich Helsper aus, der die Encephalitispsychosen den exogenen Psychosen Bonhoeffers zurechnet, insbesondere zu den Infektionspsychosen mit ihren deliranten und amentiellen Bildern. Für das Unterhalten der Psychose kann er nichts anderes als eben den chronischen entzündlichen Hirnprozeß finden.

Unter seinem großen Krankenmaterial konnte Kwint nur einen paranoiden Zustand nach Encephalitis finden. Er nimmt an, daß in dem postencephalitischen Zustande an sich genug Bedingungen gegeben sind, die das Entstehen eines paranoiden Zustandes begünstigen. Die Verlangsamung der psychischen Vorgänge, die Unzulänglichkeit der höheren Erkenntnisvorgänge, der geringe Widerstand gegen Automatismen und Suggestion, die Energieschwäche und depressive Stimmung und schließlich die Erkenntnis der physischen Invalidität machen den Menschen im Lebenskampfe untüchtig und bereiten den Boden für Wahnideen. Es liegen also im klinischen Bilde selbst die Wurzeln zur paranoiden Erkrankung. Auch Ostermann sieht als auslösenden Faktor für paranoide Gedanken den unausbleiblichen Konflikt mit der Umwelt, nachdem der amyostatische Symptomenkomplex, gleichsam als Ersatz der paranoiden Veranlagung, als Grundlage der paranoiden Entwicklung anzusehen ist. Der Konflikt mit der Umwelt muß schließlich eintreten, weil die Kranken durch das Eingestelltsein auf sich selbst und durch die verringerte Urteilskraft nicht den genügenden kritischen Widerstand gegen die Anfeindungen des Lebens aufzubringen vermögen.

Die Autoren Bürger und Mayer-Gross geben zu, daß der Versuchung, die encephalitischen Psychosen als die verständliche Entwicklung eines durch die Encephalitis geschädigten Charakters zu deuten, schwer zu widerstehen ist. Die aus dem Krankheitsablauf sichtbare Wandlung der Haltung der Patienten scheint ihnen jedoch nicht mehr deutbar als die Verarbeitung somatischer ichferner Krankheitssymptome durch den gesunden Teil der Psyche, sondern der Krankheitsprozeß selbst hat in das Getriebe des seelischen Ablaufs eingegriffen und ihm eine veränderte Funktions-

weise aufgezwungen, wie das bei schizophrenen Schüben bekannt ist. Aus den drei angeführten Fällen begründen die Autoren aus dem klinischen Gesamtverlauf die Diagnose eines Hirnprozesses nach Art der Schizophrenie. Es ist nicht anzunehmen, daß zu der Encephalitis eine echte Schizophrenie dazugekommen ist. Als Erklärung für die Entstehung einer schizophrenen Psychose wird die Möglichkeit der Ausbreitung des encephalitischen Prozesses auf neue, allerdings unbekannte Hirnteile angeführt. Im Gegensatz zu den eben genannten Verfassern betont Leonhard, daß bei den postencephalitischen halluzinatorisch-paranoiden Psychosen die Gesamtpersönlichkeit der Kranken nie schizophren verändert ist. Auch die sonstigen Symptome der Encephalitis seien keineswegs schizophrenieähnlich. Typisch schizophrene Züge, das Affektsteife, Fremde, Unverständliche und Uneinfühlbare, fehlen. Man kommt den Encephalitikern eher näher und stößt auf Resonanz. Die kühle Distanz der Schizophrenen fehlt, sie sind vielmehr anlehnungsbedürftig und aufgeschlossen, ja distanzlos freundschaftlich. Bei Besprechung der Einzelsymptome stellt der Verfasser fest, daß sich die Trugwahrnehmungen, die übrigens das paranoide Element überwiegen, von denen der Schizophrenie durch das Vorherrschen optischer Halluzinationen unterscheiden, wenn auch Halluzinationen des Gehörs und der Körperfühlsphäre vorkommen. Nie jedoch werden sexuelle Halluzinationen oder eigenartige Organhalluzinationen (Herausreißen der Eingeweide usw.) wie bei der Schizophrenie beobachtet. Durch ihre Nähe und Plastizität besteht gleichfalls ein Unterschied zu den schizophrenen Trugwahrnehmungen. Gegenüber den Schizophrenen lassen sich die Patienten vermöge ihrer erhaltenen Kritik von ihrem Wahn überzeugen und geben dann selbst Täuschungen zu oder bringen Erklärungen dafür. — Zu den paranoiden Ideen, die überwiegend expansiver Natur seien, bemerkt der Verfasser in Übereinstimmung mit anderen wie z. B. Wyrsch, daß die Kranken diese Ideen ohne tieferen Affekt hervorbringen. Sie glauben selbst nicht daran wie z. B. Schizophrene, sie spielen nur mit diesen Gedanken und lachen schließlich selbst darüber. Für echte Wahnvorstellungen fehlt ihnen die Überzeugung, sie halten nur prahlerisch an den Größenideen fest, zu denen sie teilweise durch die Halluzinationen gekommen sind. Auch andere Halluzinationen werden festgehalten und vorgebracht, ohne daß sie selbst daran glauben. Sie bringen gelegentlich auch Personen durcheinander, können aber letzthin diese doch unterscheiden. Sie verkennen also ihre Umgebung nicht wie Schizophrene. — Die Diskussionsfähigkeit der Kranken ist gut, wenn sie auch auf Fragen erst nach mehrmaligem Eindringen eingehen; sie sind schlecht fixierbar, dies ist wohl die wesentlichste Denkstörung der Encephalitiker. Die Diskussionsunfähigkeit der Schizophrenen fehlt jedenfalls. Schon aus dem Verlauf ist ein Zusammenhang der paranoiden Psychosen auch mit exogenen Reaktionsformen abzulehnen, da bei den encephalitischen Psychosen auch

nach Jahren keine Besserung im Gegensatz zu dem akuten Verlauf der exogenen Reaktionen auftritt. Die Psychose ist also als eine Defektkrankheit anzusehen. Dafür spricht auch, daß die psychischen Störungen auftreten, wenn die größten entzündlichen Erscheinungen längst vorbei sind. Die Veränderungen dürften im Hirnstamm zu lokalisieren sein und somit Beziehungen zum Schlafzentrum bestehen. Dies ist nicht zu verwundern, da ja bei der Encephalitis häufig die Schlafregulation gestört ist.

Hebt der zuletzt zitierte Verfasser die Beziehungen der psychischen Veränderungen zum Schlafzentrum hervor, so bringt Perwitzkaja die encephalitischen Wahnbildungen in direkte Beziehung zum vegetativen Apparat. Wenn auch die Arbeit der Autorin zeitlich wesentlich vor der zuletzt betrachteten erschienen ist, so ist zu bemerken, daß auch im Jahre 1936 wieder von Thurzó auf die Zusammenhänge zwischen Encephalitis und vegetativem Nervensystem hingewiesen wurde. — Nach Perwitzkaja müssen die Halluzinationen und Wahnbildungen als Reaktion des Organismus auf die in ihm vorgehenden biologischen Veränderungen aufgefaßt werden. Dabei sind die Veränderungen in den subkortikalen Ganglien, die vor allem den vegetativen Apparat betreffen, die Hauptursache für die Störungen. Wie kann man sich die Beziehungen der vegetativen Störungen zu den Wahnbildungen denken?

Das vegetative Nervensystem, das mit der Biologie des menschlichen Organismus eng verbunden ist, spielt neben anderen Faktoren in der Einwirkung auf das Gefühl, einer Grundkomponente des gesunden wie des kranken Seelenlebens, nicht die letzte Rolle. Der gestörte biologische Vorgang, die ganze Summe der vegetativen Störungen muß auch den Gefühlsprozeß verändern. Das Leben als biochemischer Vorgang ist gestört, die Harmonie und die innere Einheit fehlt. Naturgemäß hat sich auch der Gefühlsprozeß verändert; alles Umgebende hat sich in der Vorstellung geändert und wird auf andere Art gefühlt. Diese Gefühlsstörungen, indem sie auf die Fähigkeit der Erfassung der Umgebung einwirken und diese verändern, sind das plastische Material für die Entwicklung von Wahnideen. Die schon anderwärts beobachtete Abschwächung der Kritik, die das Bild einer gewissen Geistesschwäche gibt, ist ein Moment, das das Auftreten von Wahnideen begünstigt. Neben dieser relativen Geistesschwäche, die für den Wahn unbedingt von Wichtigkeit ist, ist seine Produktivität und sein Farbenreichtum voll und ganz von dem Reichtum und der Unverletzlichkeit der assoziativen Prozesse abhängig. Proportional der Verarmung der Psyche wird auch der Wahn blasser und inhaltloser. Man kann also sagen, daß die Veränderungen in den subkortikalen Ganglien den Anstoß zur Wahnbildung geben, deren Inhalt aber von der Stärke des Intellekts abhängig ist. — Die Verfasserin macht außerdem wohl als einziger Autor in der Encephalitisliteratur darauf

aufmerksam, daß die psychischen und andere Störungen bei Encephalitis einen wellenförmigen Verlauf haben und auch damit die enge Koppelung zu vegetativen Prozessen, die ja auch einen wellenförmig-periodischen Verlauf zeigen, augenfällig wird

Zu erwähnen wäre hier ein Ergebnis von Steck, der bei einigen Kranken mit psychischen Störungen nach Encephalitis eine deutliche Abhängigkeit der Veränderungen vom Allgemeinbefinden des Körpers sah.

Zusammenfassend wäre mit Witzleb zu sagen, daß mit immer größerer Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, daß bei den psychotischen Störungen nach Encephalitis Brücken zur Schizophenie nicht nachweisbar sind, daß man es vielmehr mit pathologischen Funktionen der subcortikalen Zentren infolge direkter Schädigung durch den spezifischen Prozeß zu tun habe.

Fall 1:

Franz J., geb. 27. 5. 1887; Schrankenwärter.

Irgendeine psychische Belastung von Seiten der Familie des Patienten ist nicht festzustellen. Seine Mutter starb an Magencarcinom, der Vater wurde auf dem Heuboden tot aufgefunden. J. ist als einziger aus der Familie Linkshänder. — Von seinen Kinderkrankheiten ist nichts bekannt. Im Weltkriege hatte er Ruhr und Rheumatismus. Seit 1910 ist er bei der Eisenbahn, im Kriege gehörte er zur Eisenbahnkompanie.

Der Patient war immer ein guter Ehemann und Vater und sorgte gut für seine Familie. Er bekam nie Streit mit seiner Frau und seiner Umgebung. Sein einziges Kind, eine 13jährige Tochter, ist gesund. — Kein Alkohol- oder Nikotinabusus. Keine venerischen Infektionen.

Am 3. Januar 1921 sagte er plötzlich in der Nacht zu seiner Frau: „Hörst Du nicht, Einbrecher kommen!". Dann kniete er vor ihr nieder, faltete die Hände und sagte: „Weib, ich muß jetzt sterben." Dann bekam er richtigen Schüttelfrost, der Schweiß brach aus und er brach zusammen. Der bald hinzugezogene Arzt stellte eine „Nervenkrankheit" nach Angabe der Ehefrau fest. Einige Tage bereits vor diesen akuten Erscheinungen klagte er über starke Kopfschmerzen und große Mattigkeit; er versah aber noch seinen Dienst. Nachts war er schlaflos, war aber oft so müde, daß er taumelte. — In den folgenden Tagen bekam er noch mehrmals Schüttelfrost; die nächsten drei Monate schlief er fast dauernd. Zum Essen mußte er geweckt werden. Beim Erwachen klagte er über Kopfschmerzen und starkes Sausen im Kopf. Sonst sprach er fast gar nicht, er wollte immer sofort wieder ins Bett. Stuhlgang und Wasserlassen waren besonders anfangs sehr erschwert. In der Folgezeit besserten sich allmählich die Kopfschmerzen und ebenfalls die Schlafsucht. Er konnte vom 15. Juni ab wieder seinem Be-

rufe nachgehen; die Berufsarbeit bewältigte er aber nur mit Anstrengung. Zu Haus ging er stets sofort ins Bett, da er sich matt und müde fühlte. In den Jahren bis jetzt änderte sich wenig an seinem Zustand. Er blieb weiter gut verträglich, doch wurde eine gewisse Interesselosigkeit gegen häusliche Dinge bemerkbar. Er klagte häufig über Rückenschmerzen und hatte besonders bei Witterungswechsel rheumatische Beschwerden in den Füßen und im Rücken. Bei jeder kleinen Anstrengung schwitzte er stark. Der Sexualtrieb war während der drei Monate erloschen, dann wieder normal.

Ostern 1931 wurde er zu Hause dadurch auffällig, daß er erzählte- bei der Glocke hatten kleine Kinder und Engel gekniet, die immer hinkommen und um ihn herum beten. Auch die Eltern seien gekommen, sie seien im Fegefeuer und er müßte sie erlösen. — Ende April des Jahres wurde er zu Hause sehr unruhig, er lief dauernd vor sich hinflüsternd hin und her. Er hörte Stimmen von Gott und den Heiligen und unterhielt sich mit ihnen. Er selbst bezeichnete sich als Gottmensch, er würde die Welt erlösen. Dann hörte er wieder Stimmen, daß die Jungfrau Maria dort und dort sei; er suchte sie im Dorfe an den Stellen, die die Stimmen bezeichnet hatten. Bei jedem ergebnislosen Suchen sagte er, man habe sie eben verhext. Die Bekannten grüßte er nicht mehr und gab ihnen auch nicht die Hand. Er meinte, die Hand brauche er für sich allein. — Die Kreuze im Dorfe seien alle falsch, sein Bild müsse daran. Dann sang er wieder fast ununterbrochen Lieder: „Großer Gott, wir loben dich" und „Nach der Heimat zieht's mich wieder". — Beschwerden und Klagen hatte er nie, er blieb weiter gutmütig, war nie reizbar. Nachts war er sehr unruhig. Er begrüßte angeblich vorhandene Personen, die er mit Namen anredete. Einen verstorbenen Bekannten bezeichnete er als Oberteufel, der ihm das Bein festhalte. Er forderte auch seine Frau auf, ihm das Bein wegzuziehen, der K. halte es wieder fest. — In den letzten drei Wochen stand er ganz unter dem Eindruck von Sinnestäuschungen, die Außenwelt interessierte ihn nicht mehr. Das Gedächtnis blieb weiter gut, auch sonst traten in körperlicher Hinsicht keine Veränderungen auf. Er selbst fühlte sich vollkommen gesund. Gegen eine Krankenhausaufnahme sträubte er sich, er sagte, man wolle ihn dort mästen und schlachten. Schon voriges Jahr anläßlich einer Bruchoperation wollte man ihn schneiden, aber die Schere sei abgefallen, da er damals Jesus war.

Von Mai bis Juni 1931 war der Patient in einer Heilanstalt, wurde aber auf Verantwortung der Ehefrau wieder entlassen. Die jetzige Aufnahme in die Klinik wurde notwendig, weil die Unruhe größer wurde und er ständig vom Hause weglief.

Körperlicher Befund: Kleiner, untersetzter Mann von pyknischem Habitus in bestem Ernährungszustand. Keine Ödeme oder Exantheme. Über der Lunge finden sich besonders links vorn

katarrhalische Geräusche. Sonstige innere Organe o. B. Blutdruck RR 150/95; Urin o. B. Serologisch: Organische Mastixzacke im Liquor, sonst alles negativ.

Neurologischer Befund: Der Kopf ist nirgends druck- oder klopfempfindlich, Trigeminusäste frei. Die Zunge wird gerade, aber zitternd herausgestreckt. Es besteht starkes Lidflattern. Pupillen eng, die linke ist weiter als die rechte. Lichtreaktion ist unausgiebig, Convergenz erhalten. Bewegungen der Augen frei; kein Nystagmus. Es besteht starkes Mundbeben. — Die übrigen Hirnnerven sind o. B. Gliedmaßen: Physiologische Reflexe lebhaft, Ausnahme Achillessehnenreflex. Babinski rechts stark verdächtig.

Sprache ist leicht undeutlich und nuschelnd, bei manchen Testworten hat man den Eindruck einer paralytischen Sprachstörung. — Lagegefühl, Taxie und die sensiblen Qualitäten sind intakt. Beim Laufen ist Mitbewegung des rechten Armes sehr mangelhaft. Der Gesichtsausdruck hat etwas Starres, auch eine Akinese ist recht deutlich. Bei der Untersuchung wird eine gewisse Amimie deutlich.

Verlauf:

9. 9. 31. Er erklärt, er sei gesund, er höre auch nichts mehr. Es sei ein Umschwung eingetreten, er sei nicht mehr Christus usw. Auf Befragen negiert er alle bisherigen wahnhaften Äußerungen.

10. 9. 31. Er steht wieder unter dem Einfluß seiner Ideen. Er liegt aber ruhig im Bett und erzählt von seinem verhexten Bein und anderen Hexereien, die man mit ihm vorgenommen hat.

12. 9. 31. Patient wird punktiert. Nach der Injektion sehr aufgeregt, glaubt, der Arzt will ihn töten. Inhalt der jetzt produzierten Ideen: Auf seiner Mütze stünde auf dem Bande: „Der heilige Franz von Assisi“ und auf dem Schild: „Der Herr Jesus Christus“. Der heilige Franz lebt heute noch, auch wenn behauptet wird, er sei schon lange tot. Er selbst sei 1254 geboren, das sei so zu rechnen: $7 \times 87 \times 77 = 1254$. „Meine Mutter ist die Veronika Maria, ich bin nicht Christus, ich bin Jesus Christus, Erlöser der Welt“. — Von 1—800 haben die Mongolen regiert, von 800—1100 die Heiden. Vom 12. Jahrhundert ab ich. Ich bleibe auf der Erde, die Klose-Regierung hat doch regiert.“

19. 9. 31. J. erzählt, er könne heilen. Er sei Jesus Christus. Er könne nur draußen heilen, da er kier keinen Anklang finde. (Können Sie den S. heilen?) „Ich lag neben ihm, er erzählte unanständiges Zeug, ich habe ihn davon geheilt.“ Diese Kräfte habe er seit dem 17 4. „Ich war schwach, dann habe ich die „Gottesregierung“ übernommen, kann sie aber nicht ausführen, da sie mich hier stören. — „Bis zum 16. Jahre war ich Jesuskindel, kann wachsen lassen.“ Er geht auf und ab, knickt ein und erklärt, er sei jetzt 2 Meter größer.

8. 10. 31. Die Wahnideen haben den gleichen Inhalt. Macht man ihn darauf aufmerksam, daß seine Rechnungen falsch seien, so schüttelt er überlegen den Kopf.

14. 10. 31. Er singt zeitweise laut, nach entstellter Melodie, wobei er im Korridor auf und ab geht. Mitunter klopft er an das Untersuchungszimmer und fragt, ob er eintreten dürfe. Er wolle etwas Gesellschaft leisten. Frau Dr. B. wird liebevoll begrüßt, er hält ihre Hand und sagt zärtlich: „Mein Lieb, mein Lieb ...“ Dem Arzt gegenüber ist er oft jovial, er klopft ihm auf die Schulter; er brauche sich seinetwegen keine Sorgen machen. „Sie haben ein gutes Benehmen, ich stehe Ihnen bei, wenn Ihnen etwas passiert.“ Der Inhalt seiner Ideen ist fast stets der gleiche. Er wurde mit 12 Jahren gekreuzigt, von den Juden. Die 2. Kreuzigung erfolgte durch den Klose-Schuft. Der hat mir über Nacht die Kehle durchgeschnitten, ich habe es aber geheilt. Erklärt, er habe Sohn-Gottes-Augen. „Wenn ich getötet werde, geht die Welt unter.“ — „Ich bin der liebe Gott, ich kann selber nichts dafür.“ — Er hänge auch jetzt noch am Kreuze. Aufmerksam gemacht, daß er ja in der Klinik sei, sagt er, er habe die Mutter Gottes um eine neue Seele gebeten. Ein Tischler, den er mit Namen nannte, habe das Kreuz angefertigt.

Abgesehen von den Wahnideen ist es möglich, sich mit dem Kranken geordnet zu unterhalten, er negiert sogar mitunter seine früheren Erzählungen. Spricht er jedoch über seine Wahnideen, so sind sie nicht zu erschüttern. Treibt man ihn in die Enge, so sagt er: „Das ist halt so“. —

29. 10. 31. Den anderen Patienten hält er oft Vorträge über das, was er vermag und was er ist.

2. 11. 31. Heute saß er wie üblich im Korridor und sang. Bei der Zeile: „Gott der Herr hat sie gezählet“ fing er bitterlich zu weinen an. — Plötzlich erzählte er, er habe ein Rotkehlchen in der Brust, deswegen müsse er singen. Es sei in der Nacht in sein Herz gekommen und nähre sich von Himmelsbrot. Gegenargumente läßt er nicht gelten. — Durch sein Beten sei ihm vom Kreuz geholfen worden, dann habe er sich zur Bahn geschleppt und sei nach Haus gefahren. Allmählich findet er sich in die Wirklichkeit zurück; erzählt, daß er schon 19 Wochen hier sei und ist traurig, daß ihn seine Frau erst zweimal besucht hat. Die Wahnideen jedoch sind nicht zu erschüttern: „Das ist halt so“. —

20. 11. 31. Gestern Besuch von seiner Ehefrau, mit der er sich zunächst leidlich unterhielt, bis er wieder auf seine Ideen zu sprechen kam. — In neurologischer Hinsicht keine Veränderungen.

18. 12. 31. Zustand unverändert. Von einem Patienten behauptet er, er habe als Kind schon 6 Jahre im Grabe gelegen. Die Zeitabschnitte, in denen J. trotz Gegenargumenten zu seinen Ideen steht, sind vielleicht etwas kürzer als früher. Treibt man ihn in die Enge. so beendet er die Unterhaltung mit den Worten: „Na laß wers sein.“

19. 1. 32. Im seelischen Verhalten ist eine Änderung eingetreten. Er erzählt nicht mehr spontan von seinen Wahnideen, selbst wenn man ihn darauf anspricht, erwidert er lächelnd: „Nein, nein, das ist nicht mehr. Das war ja nicht" oder so ähnlich. In seine Umgebung hat er sich völlig eingefügt. Nur nachts wird er gelegentlich durch Vorsichhinsprechen auffällig, ab und zu treten noch psychotische Züge hervor. So hielt er sich eines Abends an den Ohren fest und sagte, er müsse sie wärmen.

29. 1. 32. Während der Patient bisher ruhig und nicht störend war, wurde er heute zum ersten Mal stärker erregt und laut. Wollte seinen Anzug nicht abgeben.

1. 2. 32. War auch heute und in der Nacht laut und gespannt.

15. 2. 32. In letzter Zeit verhielt er sich ruhig, nahm an seiner Umgebung wenig aktiven Anteil.

16. 2. 32. Heute Nacht ohne Grund erregt, wollte gegen die Pfleger tätlich werden. Auch tagsüber ist er gespannt. Er führt leise Selbstgespräche, antwortet aber auf Befragen in erregtem Ton: „Ich bin gesund, mir fehlt nur die Freiheit. Was ich gesagt habe, stimmt alles nicht, ich habe das nur geträumt." Eine Weile später erzählt er dann: „Ich regiere die Welt, ich habe die Menschen geschaffen, bin Christus usw."

25. 2. 32. Die ganze Zeit war er jetzt oft in dem Stadium, wo er über übermenschliche Fähigkeiten zu verfügen glaubt, er könne heilen, wachsen lassen usw.

10. 3. 32. Der Patient ist wieder ruhiger. In der Unterhaltung geht er auf alles ein. Er scherzt gern und gibt sich dann sehr jovial; bettelt um Zigaretten. Seine Wahnideen leugnet er energisch ab, das habe er alles nur geträumt. Einwände läßt er nicht gelten. Nagelt man ihn auf Einzelheiten fest, so endet er: „Nein, das ist schon wie ich gesagt habe" und dreht den Rücken. — Zu anderen Zeiten nimmt er wieder mehr lachend zu den Einwänden Stellung, wird vertraulich: „Na, wir verstehen uns schon." Er drängt nach Haus: „Ich bin doch schon so viele Wochen hier, das ist doch Freiheitsberaubung." Letzten Endes läßt er sich aber wieder vertrösten.

6. 4. 32. Gestern behauptet er, er habe Wundmale an den Gliedmaßen. Beim Anfassen gab er sich, als verspüre er Schmerzen. Er wäre einmal gekreuzigt worden. Er sei der heilige Franz von Assisi. „Ich bin 1. allmächtig, 2. demütig, 3. barmherzig, 4. heilig, 5. seelig, 6. allwissend, 7. allgütig, 8. ein Märtyrer." Auf die Frage, ob er wachsen lassen könne, antwortet er, daß er die Natur nicht wachsen lassen könne, aber eventuell beschleunigen. Sonst negiert er alles. Oft gibt er an, er habe 30 Geschwister, eine Stimme habe ihm das gesagt.

21. 4. 32. Bei der Visite sagt er leise zum Arzt: „Lassen sie sich keine Zauberei geben, es sind vier Zauberer hier. Ich merke es an den Köpfen, die sind höher, die Finger sind spitzer."

29. 4. 32. Er bekommt öfters Streit mit einem Patienten, beide behaupten, der Rudi sei ihr Sohn. J. meint, man wolle das Kind

vergiften. Er besorgt den Knaben überall, führt ihn aufs Klosett usw. Er fragt nicht mehr nach seiner Entlassung.

6. 5. 32. Der Patient wird heute nach der Heil- und Pflegeanstalt in L. verlegt.

Zusammenfassung.

Im Jahre 1921 erkrankt der Schrankenwärter Franz J. mit den charakteristischen Zeichen der Encephalitis epidemica, nachdem einige Tage zuvor Kopfschmerz und Mattigkeit als Prodomalerscheinungen aufgetreten sind. Es handelte sich um die lethargische Form der Encephalitis. Nachdem die Schlafsucht nach 3 Monaten abgeklungen ist, fühlt er sich wieder leidlich gesund und geht seinem Berufe nach. Wir beobachten nun in den folgenden Jahren die Erscheinungen der chronischen Encephalitis mit Mattigkeit und Interesselosigkeit gegenüber der Umwelt. Erst zehn Jahre nach der akuten Erkrankung zeigt sich ziemlich plötzlich eine auffällige psychische Veränderung, die seine Unterbringung in einer Heilanstalt (im Mai 1931) erforderlich machte. Er wird unverändert im Juni wieder entlassen. Da im psychischen Verhalten keine Besesrung eintritt, wird er im September erneut in Krankenhausbehandlung gebracht, wo nun außer den psychischen Veränderungen auch Erscheinungen im Sinne des Parkinsonismus festgestellt werden.

Es besteht wohl kein Zweifel, daß die Erkrankung des J. im Jahre 1921 eine schwere epidemische Encephalitis war, da der Krankheitsverlauf geradezu klassisch verlief. Wir sehen die Prodromalerscheinungen, und dann plötzlich den Ausbruch der Erkrankung. Das schon damals auffällige seelische Verhalten steht wohl kaum in Verbindung mit den viele Jahre später aufgetretenen Bildern, es wäre sonst das 10 Jahre lange Intervall nicht verständlich. Wir müssen hingegen dieses Verhalten zu den symptomatischen Psychosen bei einer akuten Infektionskrankheit rechnen. Es kommt darin die persönliche Eigenart und Empfänglichkeit des Patienten zum Ausdruck. So zeigt das Hinknieen und Falten der Hände die starke Durchdringung mit religiösen Eigentümlichkeiten, eine Erscheinung, die bei den späteren Wahnbildungen stets stark hervortritt. Verfolgungsideen waren damals nicht feststellbar, das Gefühl des nahenden Todes ist aus dem allgemeinen schweren Krankheitsgefühl verständlich. Bereits in den nächsten Tagen finden wir keine psychischen Veränderungen, diese bestanden also lediglich bei dem plötzlichen Krankheitsbeginn. In den darauf folgenden drei Monaten der Schlafsucht ist der Kranke nicht bewußtlos, er ist jederzeit erweckbar. In den nun folgenden Jahren leidlicher Gesundheit ist das Fortbestehen der Müdigkeit und des Schlafbedürfnisses ein typisches Zeichen der chronischen Encephalitis, die Verzagtheit und Interesselosigkeit ein „Wetterleuchten des weiteren Verfalls". Es wäre jedoch nicht angebracht, aus der

Schwere der akuten Erkrankung auf die späteren psychischen Folgen schließen zu wollen, da selbst bei leichten Encephalitiden schwere psychische Folgeerscheinungen entstehen können und umgekehrt. Es drängt sich die Frage auf, ob die psychischen Erscheinungen überhaupt im Zusammenhang mit der Encephalitis stehen, da doch immerhin zehn Jahre zwischen dieser Erkrankung und den Erscheinungen liegen. Wiederholt ist beobachtet worden, daß psychische Veränderungen nach Encephalitis bei Erwachsenen im Gegensatz zu Kindern erst nach solch langen Intervallen auftreten. Die Zwischenzeit von 10 Jahren schließt also einen Zusammenhang mit der Encephalitis nicht aus. Auch aus der Vorgeschichte kann man keinen wesentlichen Anhalt für irgendeine psychische Belastung, sei es paranoider oder schizophrener Art, feststellen.

Von Seiten seiner Familie ist nichts über abnormes psychisches Verhalten bekannt. Daß der Patient Linkshänder ist, kann ihn kaum verdächtig erscheinen lassen. In seinem späteren Leben war er ein guter Ehemann und Familienvater. Gewissenhaft führte er seine Dienstgeschäfte und kam gut mit jedermann aus. Wenn man im Sinne Kretschmer's nach Wesenseigentümlichkeiten der prämobiden schizophrenen Persönlichkeiten sieht, so kann man freilich Züge der Gruppe: lenksam, gutmütig und brav finden und als verdächtig ansprechen. Wir können im vorliegenden Falle diese Züge aber nur als Ausdruck der ganzen geregelten Lebensführung des Patienten auffassen, eine Lebensführung, wie sie durch Beruf und Religiosität, deren Vorhandensein stets deutlich wird, geschaffen wird. Wir hören nichts von phantastischen Ideen, er war mit seinem Los zufrieden. Prahlerei und Größenideen waren ihm fremd. Auch bei schweren Erkrankungen im Kriege traten keine psychotischen Züge auf. Paranoide Gedankengänge hat der Patient nie gezeigt, obwohl auch früher sicher schon Anlässe vorhanden gewesen wären, um solche auszulösen, wenn er nur dazu bereit gewesen wäre. So können wir also eine psychogene Belastung ausschließen.

Wie schon anfangs angedeutet wurde, ist das Vorliegen einer symptomatischen Psychose nicht anzunehmen. Eine solche wäre nicht erst nach einem Zeitraum von 10 Jahren entstanden, wenn auch deutlich ist, daß in dieser Zeit die Encephalitis nie völlig abgeklungen war. Aber eben diese Tatsache zeigt, daß dann eine exogene Reaktion sicher schon früher in Erscheinung getreten wäre.

Schon aus der Anamnese wird verständlich, daß die psychischen Veränderungen nicht in Zusammenhang mit schizophrenen Prozessen stehen. Auch das Hervortreten des Parkinsonismus an sich schützt schon vor Verwechslungen mit Erscheinungen nach Art der Schizophrenie, aber auch eine Abgrenzung der Ideen des Patienten gegen Schizophrenie ist leicht möglich. Man kann mit ihm in Unterhaltung kommen, das Ablehnende und Fremde des Schizophrenen fehlt, ja, oft wird er sogar aufdringlich freundlich.

Dabei wird er gelegentlich jovial, so daß man an die Dreistigkeit jugendlicher chronischer Encephalitiker erinnert wird. Ein normales Gespräch mit ihm ist möglich, die Diskussionsunfähigkeit der Schizophrenen fehlt. Von seinen Wahnideen läßt er sich zeitweise überzeugen, so daß er selbst Täuschungen zugibt. Die Halluzinationen sind im Gegensatz zur Schizophrenie größtenteils optischer Natur, wenn auch Halluzinationen des Gehörs gelegentlich erscheinen. Eigentliche Organhalluzinosen fehlen ganz. Körperliche Erscheinungen, wie Festhalten des Beines usw. sind auf Mißempfindungen durch die allgemeine vegetative Störung im Körper zurückführbar.

Daß paralytische Veränderungen durch den negativen Befund der Wassermann'schen Reaktion im Blut und im Liquor auszuschließen sind, sei nur nebenbei erwähnt. Der Gedanke daran angesichts der großen expansiven Ideen ist immerhin naheliegend.

Es taucht nunmehr die Frage auf, wie es zu solch schweren Wahnbildungen bei dem Patienten gekommen ist und welcher Art sie sind, nachdem ein Zusammenhang mit anderen Geisteskrankheiten ausgeschlossen ist. Am augenfälligsten sind die expansiven Größenideen, die den Hauptteil der Wahnvorstellungen ausmachen. Die Ideen zeigen vorwiegend religiöse Färbung, nur gelegentlich tritt Größenwahn nichtreligiösen Inhaltes auf. Eine gewisse Systematisierung ist erkennbar. So versucht er immer ein Bild von seiner Größe und Allmacht zu geben, wenn auch dies oft auf recht naive und banale Weise geschieht. So soll die Beschriftung seiner Mütze mit kirchlichen Namen Kunde von einer Stellung geben, von der er innerlich vielleicht selbst nicht sehr überzeugt ist. Im Rahmen religiösen Wahnes wird der Wahn von hoher Abstammung erkennbar. Aber immer ist dieser Wahn nicht das Tragende, stets tritt er nur gelegentlich hervor und gibt somit Zeugnis von dem unmäßig hohen expansiven Gehalt der Ideen des Patienten. Aber nicht nur Größenideen bewegen den Patienten, immer wieder treten Gedanken des Verfolgtwerdens auf. Diese Gedanken sind verhältnismäßig blaß und fallen daher bei flüchtiger Betrachtung zuerst nicht ins Auge, es zeigt sich jedoch, daß sie viele Handlungen des Patienten bestimmen und vielleicht erst den Anstoß zum expansiven Wahninhalt von religiöser Größe gegeben haben. So spricht er von einer früher geplanten Bruchoperation als wie von einem Anschlag auf seine Person. Die Nichtausführung des Eingriffs wandelt ihn zu seiner Größe als Jesus, „da damals die Schere abgefallen sei". Der Klose-Schuft habe ihm zwar die Kehle durchgeschnitten, kraft seiner Macht habe er sich aber wieder geheilt. Den Bekannten reicht er nicht mehr die Hand, er braucht sie zu was anderem. Meint er nicht hiermit, die Verteidigung gegen Feinde und Widersacher, die ihm überall nach dem Leben trachteten? Diese Furcht, die oft in auffallender Disharmonie zu seiner angeblichen göttlichen Macht steht, wird zum

Beispiel bei der Lumbalpunktion recht deutlich, wo er glaubt, der Arzt wolle ihn töten. Aber immer wieder entwickelt er aus dem Wahn der Verfolgung und des Leidens ein Bild seiner Größe. Diese Wandlung ist gerade bei unserem Patienten mit seiner christlichen Vorstellungswelt von dem Lohn nach Duldung von Leiden gut verständlich, nur schießt er eben beim Gedanken an den Lohn weit über das übliche Wunschziel heraus und macht sich selbst zum Gottessohn. Bezeichnenderweise liegen die Ideen der Verfolgung meist länger zurück, jetzt in seiner Größe kommen sie für seine Person doch seltener auf, so kann er fremde Personen für verfolgt und hilfsbedürftig halten. Er will dem Arzt beistehen, wenn ihm etwas passiert und schließlich glaubt er, man will einen Mitpatienten, einen Knaben, vergiften. So ist also neben dem Größenwahn der Verfolgungswahn doch recht ausgeprägt.

Die Wahnbildung kommt bei dem Patienten zustande bei Erhaltung des ordnungsmäßigen Denkens und bei voller Besonnenheit. Wir können also von einer paranoiden Wahnbildung sprechen. Gewisse Wahnbildungen werden systematisiert, viele Ideen sollen Ausdruck seiner Größe sein. Bei den Verfolgungsideen ist ein System weniger deutlich. Hier findet der Wahn seine Wurzeln in körperlichen Mißempfindungen, geringer physischer Leistungsfähigkeit und Mißtrauen seinen Bekannten gegenüber. Schon diese Lücken im Wahnsystem schließen einen Zusammenhang mit der echten Paranoia aus. Darüber hinaus können wir nicht sagen, daß die paranoische Wahnbildung allein nur aus inneren Ursachen entstanden ist. Da auf Grund der Anamnese nichts für eine paranoide Bereitschaft festzustellen war, kann man nur annehmen, daß durch den Ablauf der Encephalitis erst durch diese die Bereitschaft zur paranoiden Reaktion geschaffen worden ist. Im Ablauf dieser Krankheit selbst findet man genug Möglichkeiten zu solcher Entwickelung. Der Patient war stets ein gewissenhafter Beamter und Familienvater. Mitten in seinem geregelten Leben wird er von einer Krankheit überfallen, die ihm unheimlich und als besondere Heimsuchung erscheinen muß. Auch nach Ablauf der akuten Erscheinungen ist er körperlich und geistig nicht mehr voll leistungsfähig. Er muß es fühlen, wie er im Beruf schnell ermüdet, auch in seinem Haushalt vermag er nichts mehr zu schaffen. So setzt sich allmählich das Gefühl der Unzulänglichkeit und Minderwertigkeit in ihm fest. Die ihm unverständlichen Veränderungen in seinem Körper machen ihm überdies eine Einwirkung von außen her glauben. Sich selbst steht er fremd gegenüber. Jahrelang mag er diese Gedanken nur geahnt haben, bis sie schließlich übermächtig geworden sind und zum offenen Ausbruch der Psychose geführt haben. So kommt es denn bei seinem einfachen Denken zuerst zu Verfolgungs- und Beeinflussungsideen durch andere Personen und darauf schließlich zu Größenideen, wie vorher schon erörtert wurde. Es läßt sich also abschließend sagen, daß bei dem Patienten

J. die Encephalitis gleichsam als Ersatz einer paranoiden Veranlagung aufgetreten ist und somit zu einer paranoiden Reaktion geführt hat.

Fall 2:

Rudolf L., geb. 28. 5. 1898.

Die Eltern des Patienten sind nicht blutsverwandt. Von Geisteskrankheiten, Verbrechen oder irgendwelchen Suchten in der Familie ist nichts bekannt.

Der Patient war in den letzten Jahren Fleischbeschauer. Als er 1933 seine Stellung verlor, sei er nach Angabe der Ehefrau sehr nervös und zittrig gewesen. Er habe dann mit Zigaretten hausiert. Im Januar 1935 stellte ein aufgesuchter Arzt „Nervenschwäche" fest. L. habe übertriebene Angst vor Behörden, er frage z. B. beim Leisten einer Unterschrift, ob es auch richtig sei. Sonst sei er psychisch jedoch nicht auffällig gewesen. Eine Bescheinigung seiner Krankenkasse bezeichnet seine Krankheit als „Neurasthenie, hat zu wenig Selbstvertrauen".

Am 24. 6. 1935 Einlieferung in die Universitäts-Nervenklinik. Der Patient zeigt maskenartiges Gesicht, die Reflexe sind stark erhöht. Pupillen o. B. Sprache ist leidlich klar, der Gang spastisch — ataktisch.

Die Personalien werden vom Patienten richtig angegeben. Das Datum zeigt 2 Tage Differenz, sonst vermag er Ort und Art der Klinik richtig anzugeben.

Bei dem Umsturz 1933 war er Fleischbeschauer. Man habe anonyme Briefe über ihn geschrieben, da habe er sich besonders zusammengerissen, um sich nichts zu Schulden kommen zu lassen. „Ich habe mir so die Nerven ruiniert. Ich hatte immer so ein Gefühl, als wenn einer mich verfolgt. Ich treffe hin und wieder einen Kurzwarenhändler. Durch Zufall war er gerade immer auf Stellen, wo ich gerade gewesen bin. In H., da war ich bei einer Frau und 'nem jungen Mädel was verkaufen, da sind wir zusammengetroffen. Das Mädel hat mir eine Karte für eine Brunnenkur gegeben (?). War so eine vorgedruckte Karte, die soll man einschicken. Aber ich habe gedacht, der Arzt kann mich doch gesund machen". (Was hat das mit dem Händler zu tun?) „Weiß ich nicht; der taucht plötzlich auf und dann ist er wieder verschwunden." Verfolgt habe er ihn zwar nicht, er kann sich einen Zusammenhang auch nicht erklären. Genau so ginge es ihm mit anderen Personen. In Y. war z. B. auch ein Fleischbeschauer, der war dort, als er tags zuvor dagewesen war. Dort sei auch ein älterer Mann, der sähe so verwegen aus, der lacht jedesmal einen aus, wenn man vorbeikommt. — Die anonymen Schreiben habe er nie selbst gesehen. Der Veterinärrat B. habe jedoch sowas in der Versammlung davon gesagt .....

aber anonym. Er habe es ihm zu verstehen gegeben, daß die Leute sich über ihn beschwerten, daß er zuviel Fleisch wegwerfe usw. Er nimmt an, daß er die Fleischbeschau aufgeben mußte, weil er früher Sozialdemokrat war. Über seine Krankheit macht er unsichere Angaben. In ärztlicher Behandlung sei er seit Januar, zuletzt habe er 4 Wochen im Krankenhaus gelegen. Zu Hause sei er bald krank, bald gesund gewesen. Zum Arzt sei er wegen Angstgefühlen und „Verfolgungswahn" gegangen. Auch im Bett habe er keine Ruhe gefunden. Fieber will er nicht gehabt haben, jedoch Kopfschmerz, Schnupfen und Husten — jeden Tag eine andere Krankheit". — Denken würde er jetzt allerhand: „Ich dichte in Gedanken, z. B. Schlager: In G. das Krankenhaus steht Kopp. Im Moment, wo ich das gedacht hab, hab ich es aussprechen hören." Mitunter hörte er alle bekannten Stimmen von seiner Verwandtschaft; es sei verschwommen gewesen, ein richtiges Stimmengewirr. Er hörte die Stimmen meist abends, „als wenn die unten im Hof wären". Er mache sie alle zu Huren (Gestalten gesehen?) „Gestalten habe ich einmal ... (bricht ab) da kann ich nicht weiter." Er habe von Tod und Teufel geträumt. Einmal wäre es gewesen, als wenn die Erde in zwei Stücke zerfallen sollte. Dann sah er noch eine Kette mit Milchflaschen, die an ihm vorbeizog.

Nach seinen beiden Kindern befragt, antwortet der Patient: „der Junge ist etwas abstoßend zu mir, er hat mich ja gern, aber er hat einen anderen Blick. Er blickt mich nicht treuherzig an." Mit der Ehefrau verträgt er sich, „aber sie schimpft über jeden Dreck, ist nervös". Sein verstorbener Vater habe manchmal im Sommer eine dicke Jacke angezogen, er war kränklich. In einer Anstalt war er nicht. „Der hat nichts im Kopf gehabt". Seine Schwester ist gesund, sie hat jedoch ein paar uneheliche Kinder. L. erzählt nun, daß er als Kind den lieben Gott gesehen habe. „Da hab ich Fieber gekriegt, bin im Dorf rumgelaufen; da hab ich direkt einen Mann in den Wolken gesehen." Krämpfe habe er nicht gehabt. In der Schule sei er sitzen geblieben. Seit 1925 ist er Fleischbeschauer, nachdem er vorher in seinem erlernten Beruf als Maurer tätig war.

Körperlicher Befund: Schlanker Astheniker in mäßigem Ernährungs- und Kräftezustand. Haut und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet. Keine Ödeme, keine Exantheme.

Gebiß ist defekt, Zunge belegt, feucht. Rachenorgane leicht gerötet, im Munde viel Speichel.

Hals o. B. Lungen und Herz o. B. Blutdruck RR 115/45. Puls 99' in Ruhelage. Temperatur 37,8°.

Bauchdecken straff, kein Druckschmerz. Genitalien o. B.

Gliedmaßen bis auf eine kleine Narbe an der Volarseite der rechten Hand o .B. Rumpf und Wirbelsäule ist beweglich, wird aber steif gehalten.

Neurologischer Befund: Die Kinese ist im ganzen erheblich herabgesetzt. Es besteht eine Hypertonie der gesamten

Muskulatur, besonders des Halses, der Gliedmaßen und des Bauches. Der Patient liegt in einer einmal eingenommenen Stellung lange regungslos, vor allem die Arme behalten lange selbst Stellungen unbequemer Art. Trotzdem tritt mitunter eine dranghafte Unruhe mit Umherwandern oder Herausdrängen aus dem Bett auf.

Der Kopf ist nicht druck- oder klopfempfindlich. Aktive Bewegung ist langsam, manchmal ruckartig. Das Gesicht ist fast ganz amimisch, abgesehen von gelegentlichem Lidflattern und Zittern der perioralen Muskulatur. Leichter Salbglanz des Gesichts. Zuweilen starres Grinsen. Trigeminus o. B.

Zunge wird gerade, unter starkem Zittern herausgestreckt, seitlich ist die Bewegung unbeholfen. Augen: Starrer Blick, die Bulbi zeigen Bewegungsarmut. Kein Nystagmus. Hebung der Bulbi gelingt angeblich nicht. Senkung prompt. Pupillen sind eng, gleichweit. Reaktion auf Licht und Convergenz beiderseits positiv, aber unausgiebig. Seltener Lidschlag, gelegentlich heftiges Lidflattern. Übrige Hirnnerven o. B.

Obere Extremitäten: Starke Hypertonie, passiv anfangs schwer zu überwinden. Alle Bewegungen sind aktiv möglich, wenn auch nur langsam und steif. Diadochokinese beiderseits herabgesetzt, TSR beiderseits sehr lebhaft. RPR nur schwer auslösbar, besonders rechts. Steife Haltung der gestreckten Finger. Es besteht Neigung zu Adduktion des Daumens, jedoch keine ausgesprochene Parkinsonstellung. Finger-Nasenversuch langsam, ohne höhergradige Ataxie. Leichter Tremor der gespreizten Finger.

Untere Extremitäten: Hypertonie der Beinmuskulatur mit entsprechend aktiver und passiver Bewegungserschwerung, besonders im Bewegungsbeginn. PSR sehr lebhaft, links stärker als rechts. ASR beiderseits lebhaft. Pyramidenzeichen nicht nachweisbar. Knie-Hackenversuch langsam, steif; aber ohne Ataxie. Romberg negativ.

Gang: Mit etwas gebeugtem Oberkörper, fast bewegungslosen Armen und großen Schritten. Sprache ist undeutlich, verwaschen, ohne Modulation; kein Silbenstolpern. Neigung zum Schwitzen, Bestehen von Vasolabilität. Gesteigerter Dermographismus. Oberflächen- und Tiefensensibilität normal.

Über Person, Ort und Zeit ist der Patient leidlich orientiert. Er ist in ängstlicher, ratloser Verfassung und wechselt von Akinese zu dranghafter Unruhe, wobei er sich im Bett dauernd aufsetzt, aus dem Bett steigt oder planlos im Saal herumsteht. Seine Ängstlichkeit führt zu sonderbaren Fragen, z. B. als er das Untersuchungszimmer betritt: „Ein Freimaurer bin ich doch nicht?“ Ratlos betrachtet er die Umgebung: „Ich sehe jedesmal andere, wenn ich noch lange hier bleibe, werde ich verrückt.“ Ein anderes Mal sagt er zu einem Arzt: „Ich habe doch den anderen nichts getan?“ Über die einfachsten Einzelheiten vermag er keine Auskunft zu geben, die Erinnerung an jüngere Zeit ist ziemlich verschwom-

men. Intelligenzdefekte fallen nicht auf. Er kann sich geordnet unterhalten und beantwortet Fragen, die ihn innerlich nicht sehr berühren, ruhig und sinngemäß. In seinen Berichten wird seine Selbstunsicherheit deutlich, er kann sich nichts recht erklären, vermutet aber, daß etwas Unverständliches in ihm vorgeht. Seine Aussagen sind oft unbestimmt, man muß jedes Wort aus ihm herausziehen. Ist er aber im Fluß, so spricht er freier. Häufig fängt er in der Erzählung zu weinen an.

24. 6. 35: Schlief in der ersten Nacht schlecht. Kam oft aus dem Bett. Auch heute häufig Herausdrängen, während er andererseits in unbequemer Haltung lange still liegen kann. Er macht sich auf seiner Saalwanderung ungehemmt an die Sachen anderer Patienten heran und spricht diese unmotiviert an: „Ich will keine Kinder, ich lasse mich nicht von meinen Kindern erhalten", um sich dann ohne Erklärung abzuwenden. Häufig kehrt die Frage wieder: „Ich habe doch keinem was getan?" Im Gespräche scheint ihm manchmal der Faden abzureißen, was er sichtlich als fremd und störend empfindet.

25. 6. 35. Wieder schlechter Schlaf. Nach der Lumbalpunktion dauernd Selbstvorwürfe: Er sei an allem Schuld; er gibt aber keine nähere Erklärung.

30. 6. 35. Er verläßt das Bett, steht unschlüssig herum. In den letzten Tagen Bemerkungen: „Ich habe doch keinem etwas getan. Ich bin an allem Schuld?" — Nahrungsaufnahme ist schlecht, er muß gefüttert werden.

3. 7. 35. Er meint heute, er sei schon tot, er habe die Grabrede gehört. Solche Bemerkungen werden in abrupter Form vorgebracht. Im Übrigen akinetisches Verhalten, z. B. steife Bettlage in unbequemer Haltung.

5. 7. 35. In den letzten zwei Tagen Dissimulationsbestrebungen; er erklärt, er sei gesund. Steht unschlüssig umher, ergreift einen Besen und fängt ungeschickt zu kehren an. — Atropinkur ist eingeleitet.

25. 7. 35. Während der Visite kommt der Patient auf den Arzt zu: „Kann ich nicht die Rückreise nach T. antreten, dann wäre ich gerade im Kreise herum." Er meint, er sei auf der Weltreise. — Beim Gehen werden reichlich Mitbewegungen gemacht.

26. 7. 35. Ist früh völlig ratlos, weiß weder ein noch aus; glaubt, alles falsch zu machen und kann nur mit Mühe zum Baden überredet werden. Bei der Visite zieht er sich plötzlich das Hemd aus und steht ratlos da. Er lächelt dabei etwas, man hat den Eindruck, die Situation kommt ihm selbst lächerlich vor. Nach dem Grunde befragt, sagt er: „Ich möchte am liebsten nackt durch die Welt gehen. Ich sehe eine Kolonne recht und eine links und ich bin mal rechts, mal links. Ich höre dauernd meinen Lebenslauf (Im Ohr?). Ich bin immer auf großen Plätzen dabei. — Ich grabe mir selber mein Grab und lege mich hinein. — Ich kann alles oder nichts. —

Als Soldat habe ich, bin ich zur Garde ausgezeichnet worden und nicht hingekommen. — Wenn ich im Saale bin, sind entweder alle um mich herum oder gar keine. (Wieviel jetzt?). Entweder 3 oder 13 oder 9 Personen. Ich werde verrückt gemacht (?) durch das ganze Quatschen. Wenn ich erzähle, das stimmt oder stimmt nicht. Ich will manchmal das Gegenteil sagen von dem, was ich sage. Entweder sind Sie verkehrt oder ich."

Die zeitliche Orientierung ist mäßig, die örtliche gut.

27. 7. 35. Visite: „Ich bohre immer in den Zähnen, mal sind sie locker, dann wieder fest. Manchmal ist der Zahn locker, dreht sich im Kreise, ist dann wieder fest."

29. 7. 35. Nach seinem Befinden befragt, antwortet er: „Ich bin der größte Misthaufen der Welt. Ich habe mich mit mehreren gleichgeschaltet. Ich habe mich aufgehängt im Turm. Ich bin schon halb beerdigt von den katholischen Glocken; die Glocken sind alle auf L. abgestimmt. Meine Mutter habe ich sprechen gehört." Lumbalpunktion ergab: Wassermann und übrige Reaktionen negativ. Liquorzucker 87 mg%. Wassermann'sche Reaktion im Blut ebenfalls negativ.

30. 7. 35. Das psychische Verhalten verschlechtert sich. L. ist erregt, zeitweise gespannt, er fragt, wo er sich erhängen kann, sucht nach der Feuerwehr. — Wird heute abgesondert.

3. 8. 35. Keine wesentliche Besserung. Er gibt auf Fragen keine Antwort, ist zeitweise äußerst gespannt.

5. 8. 35. Nimmt vom Besuch wenig Anteil.

8. 8. 35. War zeitweise sehr erregt, versucht im Garten Pfleger zu schlagen. Ist ratlos, irrt im Saal umher, spricht leise und nur sehr wenig. Bisweilen ist er völlig gesperrt und nimmt keinen Anteil an den Ereignissen um ihn herum.

15. 8. 35. Das psychische Bild ist unverändert. Ist ängstlich und scheu, hat Tagesschwankungen. Die zeitliche und örtliche Orientierung ist gestört. Hat akustische und visuelle Halluzinationen. Ist selten zu fixieren, leicht ermüdbar. Wie zu Beginn der Erkrankung spricht er noch immer in Gegensätzen.

23. 8. 35. Liegt meist in gespannter Haltung im Bett und hebt den Kopf in katatoner Weise. Spontan spricht er fast nicht, auf Fragen antwortet er leise und mit monotoner Stimme. Bei der begonnenen Schmierkur sträubt er sich und muß von zwei Pflegern gehalten werden. Mitunter weigert er sich, sich anzuziehen.

30. 8. 35. Die starke Hemmung und Ratlosigkeit besteht fort. Auf Fragen gibt er nur gelegentlich verwirrte Antworten, spricht in Gegensätzen. Zeitweise Halluzinationen. Weist zum Beispiel aus dem Fenster heraus: Dort habe sich ein blaues Kleid aufgehangen.

9. 9. 35. Zustand unverändert. Gelegentlich läßt sich der Patient auf den Fußboden fallen, erhebt sich aber stets von selbst.

13. 9. 35. Patient klagt über Unruhegefühl, das er jedoch nicht beschreiben kann. Es besteht eine Fülle von Halluzinationen, so sieht er in der Lampe Gestalten und Fabrikschornsteine. Stimmen hört er nicht.

20. 9. 35. Weiterbestehen der Halluzinationen. Sie zeigen meist den gleichen Charakter und Inhalt. — Einmal verlangt er nach einer Schreibtafel, er wolle Morsezeichen entziffern.

26. 9. 35. Zustand unverändert. Er läuft planlos umher, dann wieder fragt er die Pfleger, was los sei. Spontan spricht er selten, auf Fragen gibt er keine Antwort.

2. 10. 35. In den letzten Tagen geringe Besserung. Er bewegt sich etwas freier und gibt Antwort, dabei verrät er das Fortbestehen optischer Halluzinationen. Mitunter ist er scheinbar über Fragen ungehalten und antwortet unfreundlich: „Das wissen Sie ja selbst am Besten". Die Motorik und Mimik ist unverändert arm, Beim Gehen macht er kaum Mitbewegungen. Der Patient wird heute nach der Heil- und Pflegeanstalt in L. verlegt.

Zusammenfassung.

Am 24. 6. 1935 wird der Patient Rudolf L. eingeliefert. Er zeigt die typischen Zeichen des Parkinsonismus. Psychisch befindet er sich in einer paranoiden Stimmung. Nach dem Befunde scheint es sich um die Folgen einer Encephalitis epidemica zu handelt, deren zeitlicher Ablauf jedoch nicht feststeht und auch kaum aufgefallen ist. In den 3 Monaten des Klinikaufenthaltes zeigt sich im Befinden des Patienten keine wesentliche Änderung, so daß schließlich seine Unterbringung in eine Heil- und Pflegeanstalt erfolgt.

Über einen merklichen akuten Ablauf einer epidemischen Encephalitis bei dem Patienten L. ist durch die Anamnese nichts festzustellen. Die Tatsache, daß eine Encephalitis vorgelegen hat, ist jedoch auf Grund der psychischen Veränderungen und des deutlichen Parkinsonismus, als dessen Ursache andere Krankheiten ausgeschlossen werden können, als wahrscheinlich anzunehmen. Da zwischen Encephalitis und psychischen Erscheinungen oft viele Jahre liegen können, so ist auch ein Zeitpunkt für die Erkrankung nur schwer zu schätzen. Die Körpertemperatur von 37,8° bei der Einlieferung läßt den Gedanken an eine akute Encephalitis aufkommen. Einen Beweis dafür läßt sich nicht erbringen, da ja eine solche Temperatursteigerung auch durch einen harmlosen Infekt oder eine zentrale Temperaturstörung bei einer chronischen Encephalitis verursacht sein kann.

Aus den Aussagen des Patienten geht hervor, daß er in früheren Jahren in keinen ernstlichen Lebenskonflikt geraten ist, seinem Wesen und seiner Anlage nach ist er jedoch ein Mensch, der zu psychopathischen Reaktionen in gewissem Grade vorbestimmt erscheint. Sein Vater, über den sonst nichts bekannt ist, war zumin-

dest psychisch labil, wenn auch z. B. das Anziehen dicker Kleidung im Sommer mit Krankheit begründet wird. Das Vorhandensein mehrerer unehelicher Kinder bei seiner Schwester spricht für eine Haltlosigkeit und Unbeherrschtheit dieses Familiengliedes. Aus dieser Familie ist unser Patient hervorgegangen. Sein ganzer Lebensweg zeugt von Haltlosigkeit und geistiger Schwäche. In der Schule bleibt er sitzen, später wechselt er mehrmals in verschiedenste Berufe. Seine Neigung zu psychopathischen Regungen wird schon als Kind offenbar, wo er phantasierend im Dorf gelegentlich einer fieberhaften Erkrankung herumläuft. Der asthenische Körperbau deutet ebenfalls auf den Neurastheniker, als den der Patient vor dem Ausbruch der psychischen Veränderungen auch angesehen wird. Dies allerdings mit Unrecht, da der Mangel an Selbstvertrauen und seine Zaghaftigkeit schon den Encephalitisfolgen zuzurechnen ist, hat man doch sogar schwere antisoziale Reaktionen Monate vor den eigentlichen Erscheinungen beobachtet.

Im Jahre 1933 verliert der Patient seine Stellung als Fleischbeschauer, angeblich weil er Sozialdemokrat war. Seine mangelnde Leistungsfähigkeit wird wohl jedoch den Ausschlag gegeben haben. Damals haben sich die ersten psychischen Erscheinungen bemerkbar gemacht. Er war nicht nur „nervös und zittrig", auch die ersten wahnhaften Verfolgungsideen treten auf. Er selbst sagt: „Ich hatte ein Gefühl, als wenn einer mich verfolgt." Anonyme Angriffe mögen schon gegen ihn erfolgt sein, doch er glaubt sich länger als Mittelpunkt der Angriffe, als wie es vielleicht der Fall gewesen ist. Diese Beziehungsideen baut er daher in paranoider Weise bis zum Verfolgungswahn aus. Dazu kommt nun seine Entlassung, die selbstverständlich ein Werk seiner Widersacher ist. Wir sehen also, daß das Entstehen der Wahnbildung nicht allein auf innere Ursachen zurückzuführen ist, sondern daß sich der Patient zu dieser Zeit in einem gewissen Konflikt mit der Umwelt befunden hat. Bei der neurasthenischen Verfassung des Patienten ist es daher begreiflich, daß der Verlust der Stellung zur paranoiden Reaktion geführt hat. Außerdem war er chronischer Encephalitiker, wie später aus dem Auftreten des Parkinsonismus zu schließen ist. Wenn auch nach den obigen Ausführungen das Entstehen der psychischen Veränderungen nicht eine reine Folge der Encephalitis ist, so kann man doch sagen, daß die Encephalitis die psychischen Erscheinungen accentuiert hat, bezw. die möglichen Encephalitisfolgen durch die psychischen Erscheinungen verstärkt worden sind. Es muß hervorgehoben werden, daß eine Unabhängigkeit der Wahnbildungen von der Encephalitis nicht besteht. Die paranoiden Erscheinungen werden mit dem Auftreten des Parkinsonismus schlimmer und deutlicher. Wir haben hier also einen Fall vor uns, wo gemeinsam chronische Encephalitis und psychische Traumen, die auch noch weiterhin auf den Patienten einwirken, zur paranoiden Wahnbildung führen. Seit 1933 sieht sich der Patient einer Kette von Mißerfolgen und Fehlschlägen gegenüber. Seine Stellung als Händ-

ler bringt es auch nicht anders mit sich. In krankhafter Eigenbeziehung glaubt er jedoch aus Zusammentreffen mit anderen Händlern eine Verfolgung seiner Person zu sehen. Er kann sich zwar das alles nicht erklären, aber die Ideen werden immer mächtiger und betreffen schließlich selbst seinen Familienkreis. Sein Sohn hat „einen anderen Blick", er „blickt ihn nicht treuherzig an". Aber nicht nur an Alltägliches knüpft sich der Verfolgungswahn, bald werden ihm auch in Halluzinationen Vorwürfe gemacht. Vorwiegend treten diese Halluzinationen am Abend auf, ein Umstand, der auf einen Zusammenhang dieser encephalitischen Erscheinung mit dem Schlafzentrum hinweist. Immer reicher werden die Halluzinationen, so daß er auch Erscheinungen sieht, die außerhalb seines sonstigen Denkens liegen. Es scheint jedoch, daß der Patient lediglich aus Lust am Prahlen mehr angibt, als er wirklich erlebt. Sein „Schlagerdichten" soll ihn interessant machen. Vielleicht ist es auch der Ausdruck gewisser Größenideen. Bei der geringen geistigen Leistungsfähigkeit bleibt dieser Wahn jedoch in bescheidenen Grenzen. So hören wir nichts von unmöglich hoher Stellung, ihm genügt es schon, wenn er als Soldat angeblich zur Garde ausersehen wurde. Immer wieder aber wird dieser blasse Wahn von Verfolgungs- und Versündigungsideen überwuchert, zumal ihm seine körperliche Leistungsfähigkeit bei leidlich geordnetem Denken immer bewußter wird. Auch führen körperliche Mißempfindungen zu Wahnbildungen. Allen diesen Erscheinungen steht er verständnislos gegenüber, so daß sich das Gefühl unbewußter Schuld mehr und mehr verstärkt. Zweifelnd fragt er „Ich habe doch den anderen nichts getan?". Dann wieder wird er scheu und gesperrt, als Abwehr und Verteidigung gegen die Umwelt. Die Halluzinationen empfindet er störend, der Gedanke an Beeinflussung von außen her verbreitert sich. „Ich will manchmal das Gegenteil sagen von dem, was ich sage." Sein Schuldgefühl führt schließlich zu Todesgedanken. „Ich habe mich aufgehängt". In Halluzinationen wird dies Bild dann in phantasievoller Weise ausgemalt. Die schwere Gehirnerkrankung führt schließlich auch zu einer Einengung des Horizonts, zur Verarmung im Denken, so daß in seinem Wahn keine neuen Gedanken mehr aufkommen und die Halluzinationen deshalb deutlicher in Erscheinung treten. Während des Klinikaufenthaltes tritt keine Besserung ein, so daß wir wohl sagen können, da die paranoiden Erscheinungen nicht nur vorübergehend bestehen werden. Eine luetische Grundlage der psychischen Erscheinungen ist durch den negativen Befund im Blut und Liquor auszuschließen, so bleibt noch eine Abgrenzung gegen schizophrene Bilder, die ja für den Patienten selbst aus Gründen der Erbgesundheitspflege stets wichtig ist.

Die Gedanken des Patienten zeigen keine sprunghaften Züge, immer gehen sie von der gleichen Grundstimmung aus. Die Trugwahrnehmungen, meist optischer Natur unterschieden sich durch ihre Lebensnähe von denen schizophrener Bilder. Absurde Organ-

halluzinosen fehlen. Der Patient ist gemütlich ansprechbar, sein Denken ist im Rahmen seiner früheren Fähigkeiten nur wenig verändert.

So können wir also bei den psychischen Erscheinungen des Patienten rein paranoide Zustandsbilder annehmen, deren Ursprung sowohl in seiner psychopathischen Veranlagung und der Encephalitis liegt, wobei diese beiden Faktoren in ihrer Gemeinsamkeit zu den schweren Veränderungen geführt haben.

Die in der Arbeit beschriebenen paranoiden Bilder nach Encephalitis epidemica zeigen kein einheitliches Gesicht. Ist bei dem einen Fall im Wesentlichen die aus der Encephalitis entstandene Bradyphrenie der Grund zu paranoider Reaktion, so ist im anderen Falle diese die Summe aus psychopathischer Veranlagung und Encephalitisfolgen. Beide Fälle zeigen jedoch, daß die Encephalitis als Hirnerkrankung in jeder Weise die Wege zu paranoiden Wahnbildungen bereitet. An pathologisch-anatomischen Befunden und klinischen Verlaufsformen wird sich bei genügender Zahl von Krankheitsfällen allmählich eine Erklärung der Zusammenhänge finden lassen, und somit weiteres Licht gerade in den Ablauf dieser Erkrankung gebracht werden.

Für die Anregung zu dieser Arbeit und die freundliche Überlassung der Fälle bin ich dem verstorbenen Herrn Prof. Dr. J. Lange zu großem Dank verpflichtet.

Außerdem gilt meine besondere Dankbarkeit Herrn Oberarzt Dr. habil. Wagner für weitere Anregungen und die Übernahme des Referats.

LITERATUR-VERZEICHNIS

1. Kayser-Petersen: Geschichtliche Betrachtungen zur Frage der Grippeencephalitis und epidemischen Encephalitis. Münchener Medizinische Wochenschrift (MMW) 1922 Nr. 46.
2. Meyer: Zur Veränderung der Persönlichkeit bei chronischer Encephalitis. MMW 1923 Nr. 50.
3. Stern: Psyische Folgezustände nach Encephalitis epidemica. Ref. MMW 1930 Nr. 26.
4. Helsper: Psychosen bei chronischer Encephalitis epidemica. Zeitschrift f. d. ges. Neurolgie und Psychiatrie Band 149.
5. Steck: Die psychischen Störungen nach Encephalitis lethargica. Ref. Zentralblatt f. d. ges. Neur. und Psych. Band 63.
6. Sjögren: Psychische Folgen der Encephalitis Economo. Ref. Z. Neur. Nr. 87.
7. J. Lange: Die Paranoiafrage, 1937, Leipzig, Wien.
8. Löffler: Familiengeschichtliche Untersuchungen bei Encephalitis epidemica und ihren Folgezuständen. Ref. MMW 1924 Nr. 48.
9. Fleck: Erbbiologische Untersuchung im Hinblick auf die psychischen Folgezustände der Encephalitis epidemica. Ref. MMW 1927 Nr. 19.
10. Hofstadt: Über die Spätschäden der epidemischen Encephalitis im Kindesalter. MMW 1923 Nr. 13.
11. Vizioli: Psychische Frühsyndrome der Encephalitis epidemica. Ref. Z. Neur. Bd. 48.
12. Bromberg: Psychische Zustände bei chronischer Encephalitis. Ref. Z. Neur. Bd. 59.
13. Dretler: Über paranoide Symptomenkomplexe im Verlauf der Encephalitis epidemica. Ref. Z. Neur. Bd. 67.
14. Dickmeiss: Die ätiologischen exogenen Faktoren bei den manisch-depressiven Psychosen, besonders in Bezug auf dei Encephalitis epidemica. Ref. Z. Neur. Bd. 85.
15. Bellavitis: Halluzinationen bei der postenzephalitischen Demenz. Ref. Z. Neur. Bd. 67.
16. Adler: Zum Problem Konstitution und Encephalitis epidemica. Z. Neur. Bd. 81.
17. W. Lange: Erfahrungen und Ergebnisse auf Grund einer 10jährigen Beobachtung in der Encephalitikerabteilung Chemnitz-Altendorf. Z. Kinderforsch. Nr. 43.
18. v. Domarus: Halluzinatorische paranoide Bilder bei Metencephalitis. Archiv für Psychiatrie Bd. 78.
19. Kwint: Eine paranoide Variante der postencephalitischen psychotischen Zustände. Archiv für Psychiatrie Bd. 78.
20. Stern: Die epidemische Encephalitis 1928.
21. Ostermann: Über einen paranoiden Folgezustand nach Encephalitis epidemica. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 87.
22. Bürger und Mayer-Groß: Schizophrene Psychosen bei Encephalitis lethargica. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 106.
23. Leonhard: Zur Symptomatologie und Differential-Diagnose der halluzinatorisch-paranoiden Psychosen nach Encephalitis epidemica. Arch. für Psychiatrie. Bd. 102.
24. Wyrsch: Zur Kenntnis der schizophrenie-ähnlichen metencephalitischen Psychosen. Zeitschrift f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 121.
25. Perwitzkaja: Zum Mechanismus der Wahnbildungen bei Encephalitis epidemica. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 116.
26. Thurzo: Die Symptomatologie der Encephalitis chronica seitens des vegetativen Nervensystems. Ref. Z. Neur. Bd. 81.
27. Witzleb: Paranoid-halluzinatorische Zustandsbilder bei chronischer Encephalitis lethargica. Diss. 1935 Jena.
28. Spagnoli: Über die sogenannten „Spätformen" der Encephalitis epidemica. Ref. Z. Neur. Bd. 83.

LEBENSLAUF

Am 7. 11. 1911 bin ich in Breslau als Sohn des Postinspektors Hermann Frühauf und seiner Ehefrau Margarete, geb. Lustig, geboren. Mit meinem 7. Lebensjahr besuchte ich die frühere Bender-Oberrealschule zu Breslau und erhielt dort Ostern 1931 das Reifezeugnis. Ich ließ mich darauf an der Breslauer Universität immatrikulieren, um Medizin zu studieren. Ich bestand in Breslau im Jahre 1933 das Physikum und am 22. 12. 1936 das Medizinische Staatsexamen. Vom 1. 1. 1937 bis 31. 12. 1937 war ich als Medizinalpraktikant am Knappschaftskrankenhaus in Waldenburg in Schles. tätig und erhielt darauf mit dem 1. 1. 1938 meine Bestallung als Arzt. Vom gleichen Zeitpunkt bis zum 3. 3. 1938 war ich Volontärarzt am Allerheiligenhospital zu Breslau. Seit dem 7. 3. 1938 bin ich nun Assistenzarzt an der Chirurgischen Abteilung des Knappschaftskrankenhauses in Waldenburg (Schles.). Am 20. 6. 1938 vermählte ich mich mit Fräulein Leonie Haerttel. Vom 24. 10. 1938 bis 21. 1. 1939 war ich zum Dienst im Reichsheer eingezogen.